

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

ESTUDO DE 40 CASOS DE BRONCOPNEUMONIA EM CRIANÇAS,
TRATADAS COM PENICILINA.

MOACIR POZZOBON
SÍLVIA MARIA SCHMIDT

Orientador: DR. WALDEMAR BARBOSA

Criciúma, maio, 1988

ÍNDICE

	Pág.
1. OBJETIVO	II
2. RESUMO.....	III
3. INTRODUÇÃO.....	I
4. MATERIAL E MÉTODOS.....	3
5. RESULTADOS.....	6
6. COMENTÁRIOS.....	15
7. CONCLUSÕES.....	18
8. SUMMARY.....	19
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20

1. OBJETIVO

O objetivo do presente trabalho é relatar a eficácia do uso da Penicilina no tratamento das broncopneumonias em crianças, e através dos resultados obtidos, padronizar uma conduta terapêutica no serviço de pediatria do Hospital São José, de Criciúma, onde os autores observaram condutas variadas frente a tal quadro.

2. RESUMO

Os autores fizeram um acompanhamento de 40 casos de broncopneumonia tratados com Penicilina, internados na enfermaria de pediatria do Hospital São José, da cidade de Criciúma, no período de 05 de janeiro à 26 de março de 1988.

O diagnóstico foi estabelecido pela clínica do paciente, e confirmado pelo ~~Estudo~~ estudo radiológico.

No estudo realizado foram considerados os seguintes dados: idade, sexo, tempo de evolução do quadro clínico, estado geral e estado nutricional à internação, hemograma, curva de temperatura, melhora clínica, necessidade ou não de troca de antibiótico, e tempo de internação.

Na maioria absoluta dos casos, ou seja 97,5% a terapêutica instituída foi eficaz, confirmando dados de literatura.

3. INTRODUÇÃO

As vias respiratórias, na infância, são frequentemente acometidas por processos mórbitos de variada etiologia e gravidade. As broncopneumonias e pneumonias representam uma das mais importantes entidades deste grupo, sendo que no Brasil são colocadas como 3ª causa de mortalidade infantil (2, 6, 16).

Os casos de broncopneumonias e pneumonias, em geral, não têm seu diagnóstico etiológico comprovado, pois este depende de técnicas nem sempre ao alcance da maioria de nossos hospitais; além de trazerem certos riscos aos pacientes.

Para garantir a participação de um germe em um processo pneumônico, é necessário isolá-lo no foco de infecção, nas viés-nhanças ou no sangue. Entre as técnicas para tal investigação estão a punção traqueal, a broncoaspiração, a aspiração pulmonar, a cultura nasofaringeana e a hemocultura. Nenhuma delas com eficácia confirmada (1, 5, 8, 16, 20, 21).

Mesmo com condições apropriadas para a execução de tais procedimentos, há o problema do tempo necessário para a obtenção dos resultados de culturas e provas sorológicas, e na maioria dos casos, o quadro clínico do paciente não permite que se protele o início da terapia (21).

Por tais motivos, o diagnóstico das broncopneumonias é clínico, e está baseado na presença de sinais e sintomas como tosse seca no início, tornando-se produtiva, em crianças com mais de três meses; febre; dificuldade respiratória, de intensidade variável; irritabilidade; anorexia; à ausculta pulmonar presença de estertores crepitantes ou subcrepitantes, localizados ou difusos; à percussão não há sinais de macicez devido aos focos serem esparsos (13).

O diagnóstico clínico deve ser sempre confirmado pela radiologia (12, 17). O aspecto radiológico diagnóstico de broncopneumonia é o achado de nodulações pulmonares, confluentes ou disseminadas (2, 6, 16, 21).

Atualmente é aceito que a maioria dos casos de broncopneumonia é de etiologia viral, mas sempre que houver sinais como febre alta ou comprometimento importante do estado geral, deve-se suspeitar de etiologia bacteriana (3,12,13). Quanto ao hemograma, este não é um bom critério para o diagnóstico diferencial entre broncopneumonia viral e bacteriana, sendo que suas variações são consideradas inespecíficas (5, 16, 20, 26).

O germe que com mais frequência e em qualquer idade provoca o quadro clínico e radiológico anteriormente citado, com evolução aguda e características bacterianas, é o *Streptococo pneumoniae* (16, 20, 21, 23). Existem trabalhos brasileiros, com estudo do aspirado pulmonar que demonstram o predomínio da etiologia pneumocócica nesses casos, inclusive em crianças com idade inferior a dois anos (15, 20).

Estando o pneumococo envolvido como agente etiológico em cerca de 80% dos processos infecciosos do trato respiratório inferior (1, 6), e sendo este um microorganismo sensível à Penicilina, este deve ser o antibiótico de escolha para o tratamento destas afecções (18, 22).

O presente trabalho pretende demonstrar que esta escolha é, na maioria das vezes, eficaz.

4. MATERIAL E MÉTODOS

Neste trabalho, o material utilizado se refere a dados de 40 crianças de idades de zero à 12 anos, sendo 18 do sexo masculino, e 22 do sexo feminino, selecionadas ao serem internadas no Hospital São José, da cidade de Criciúma, no período de 05 de janeiro à 28 de março do ano de 1988, com quadro clínico e radiológico de broncopneumonia bacteriana.

Foram consideradas como características clínicas de broncopneumonias bacterianas a febre alta (temperatura axilar igual ou superior a 38°C); tosse; expectoração ou secreção nas vias aéreas superiores (em crianças com idade inferior a 3 meses que não expectoram); e estertores crepitantes ou subcrepitantes à ausculta pulmonar, estando estes sinais e sintomas presentes em todos os casos selecionados. O padrão radiológico diagnóstico de broncopneumonia considerado neste trabalho, foi o de nódulos confluentes ou disseminados (2, 6).

A opção pelo tratamento intra hospitalar foi feita baseada nos sinais clínicos e radiológicos dos pacientes, e também no fator sócio econômico das famílias destes.

Foram excluídas do trabalho todas as crianças com processos pneumônicos de repetição, encaminhadas de outros hospitais, ou que fizeram uso de antibióticos previamente.

No dia da internação foi realizado, com exame de rotina, o hemograma, para complemento de investigação. E neste mesmo dia foi iniciada a terapêutica antimicrobiana, associada a medidas de suporte.

O antibiótico utilizado, motivo deste estudo, foi a Benzilpenicilina G (ou Penicilina Natural), administrada da seguinte forma (2, 7):

* Crianças com idade superior a 3 meses:

- peso superior à 10 kg * 1 ampola frasco 300.000 U penicilina

G Procaína + 100.000 U Penicilina .
G Cristalina Potássica, via intra-
muscular, de 12 em 12 horas.

- peso inferior à 10 kg * 1/2 ampola frasco 300.000 U Pe
nicilina

G Procaína + 100.000 U Penicilina
Potássica, via intra-muscular, de
12 em 12 horas.

* Crianças com idade inferior a 3 meses:

- Penicilina Cristalina, 200.000 UI por kilograma por di
a, via intra venosa, de 6 em 6 horas.

* Crianças com tempo de internação inferior a 10 dias, foram subme
tidas à administração de uma dose de Penicilina Benzati-
na, via intra muscular, por ocasião da alta hospitalar,
de acordo com o esquema abaixo:

- peso inferior a 10 kg : 300.000 UI;
- peso de 10 à 25 kg : 600.000 UI;
- peso superior à 25 kg : 1.200.000 UI.

As medidas de suporte terapêutico adotadas, foram: repou
so; dieta livre; hidratação ^{"farta"} ^{"do volume"}; combate à dor e à febre median-
te analgésicos comuns; uso de nebulizações, procedendo-se à tapota
gem e aspiração de vias aéreas sempre que necessário; uso de des-
congestionantes sistêmicos, broncodilatadores e mucolíticos quando
necessário; e instilação de Soro Fisiológico nasal, nas narinas,
sempre que necessário.

Durante o tempo de internação os pacientes foram examina-
dos diariamente pelos autores, com exame físico e avaliação dos da
dos de enfermagem (curva de temperatura, funções excretórias, es-
tado geral e atividade).

Para o estudo detalhado destes casos, foram analisados os
seguintes dados: idade, sexo, tempo de evolução, estado geral e nu
tricional, hemograma, radiografia de tórax, curva de temperatura ,
melhora clínica, necessidade ou não de troca do antibiótico, e tem
po de internação.

O parâmetro sexo, neste estudo, tem apenas valor estatís
tico. O parâmetro idade, além do valor estatístico, influencia na
suspeita etiológica das broncopneumonias.

O fator Tempo de Evolução corresponde ao relatado pelo a
companhante do paciente (na maioria dos casos, a mãe), do tempo de
corrido entre o início do aparecimento dos sintomas, até o dia da
internação.

Quanto ao Estado Geral, foi considerado como toxêmico todo o paciente que apresentava, à internação, sinais como anorexia, agitação, prostração, ou outras alterações sistêmicas importantes como diarréia ou vômitos. O bom estado geral foi considerado nos casos de ausência destes sinais.

O Estado Nutricional das crianças foi avaliado segundo o gráfico de evolução Pondo-estatural de Marcondes (16).

Dos dados de Hemograma, foram analisados os itens: leucometria total e leucometria específica. Foram considerados valores normais os dados encontrados em bibliografia referente (24).

Na análise da Curva de Temperatura, medida diariamente, levou-se em consideração o tempo para que a mesma se estabilizasse abaixo de 37°C, após instituída a terapêutica antimicrobiana.

Como o aspecto radiológico foi um dos padrões diagnósticos para a seleção dos casos, este não foi avaliado. Sendo avaliado somente a lateralidade² do acometimento pulmonar. A radiografia de controle só foi realizada nos casos em que não houve melhora clínica nas primeiras 72 horas, após instituída a terapêutica (17).

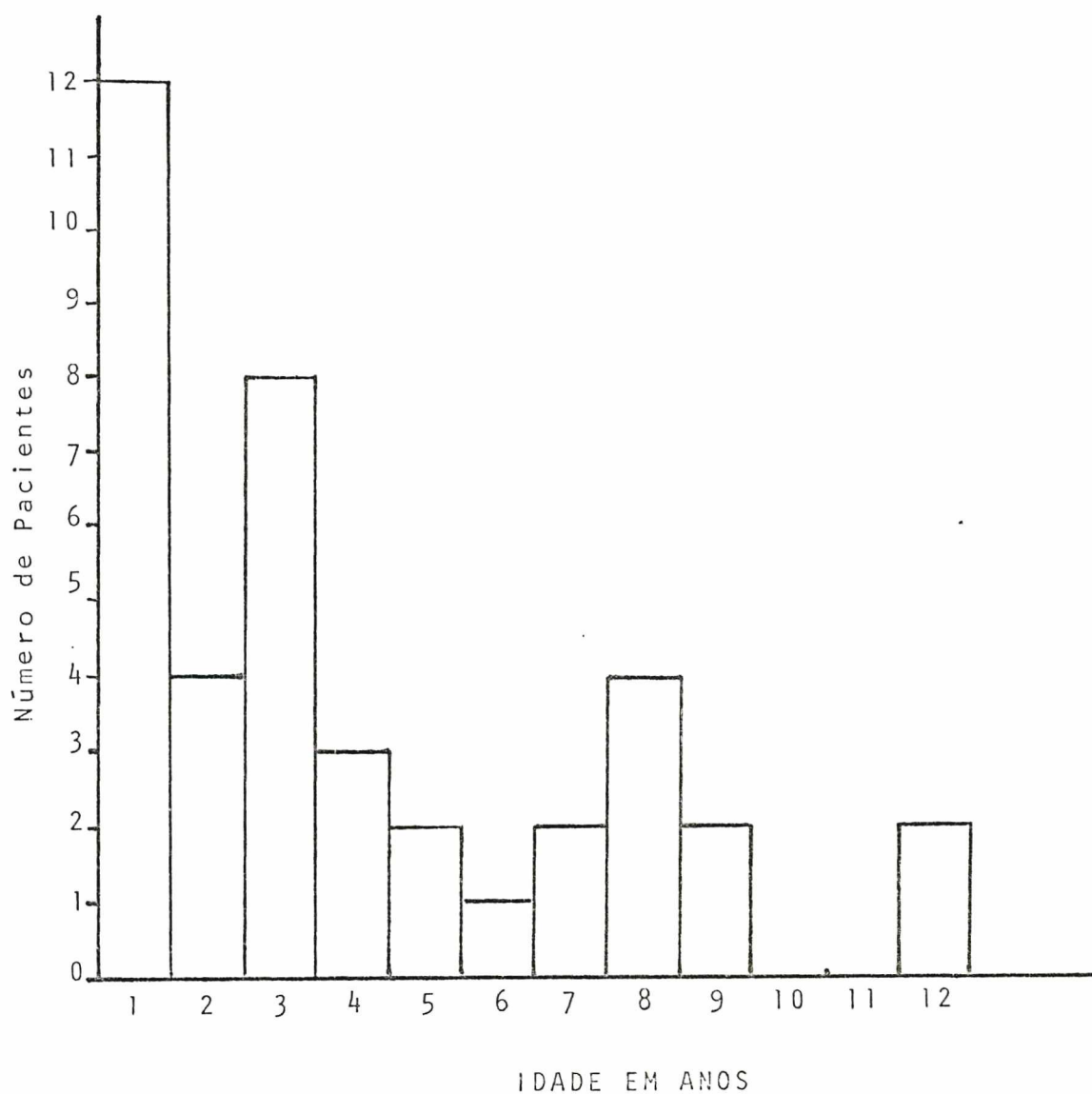
A melhora clínica corresponde ao tempo entre o início do tratamento, e o dia em que houve uma melhora importante do estado geral e da ausculta pulmonar, permanecendo ainda alguns ruídos adventícios.

O Tempo de Internação está diretamente relacionado com a ausculta pulmonar livre de ruídos adventícios, quando o paciente teve alta hospitalar.

5. RESULTADOS

Os resultados obtidos neste trabalho estão representados pelos gráficos que se seguem.

GRÁFICO 1: HISTOGRAMA: Distribuição, por idade, dos 40 casos de broncopneumonia.

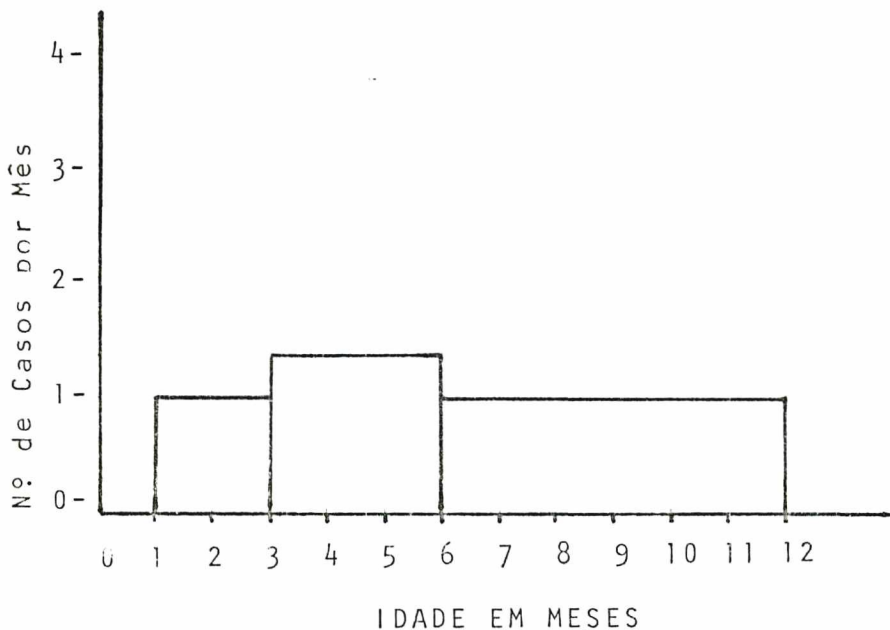


FONTE: Dados primários do Hospital São José de Criciúma, dos autores.

Tendo-se relacionado os casos de broncopneumonia, por idade, observa-se no GRÁFICO I que a idade mais acometida foi o primeiro ano de vida, com 12 casos (30%), que somados com os 04 casos ocorridos em crianças no segundo ano de vida, fazem um valor bastante significativo de 42% do total de casos.

Analizando isoladamente o número de casos de broncopneumonia no primeiro ano de vida, observa-se que não houveram casos em crianças com menos de um mês de idade, e somente 2 casos em menores de 3 meses (GRÁFICO II).

GRÁFICO II: HISTOGRAMA: Incidência de broncopneumonia em crianças no 1º ano de vida.

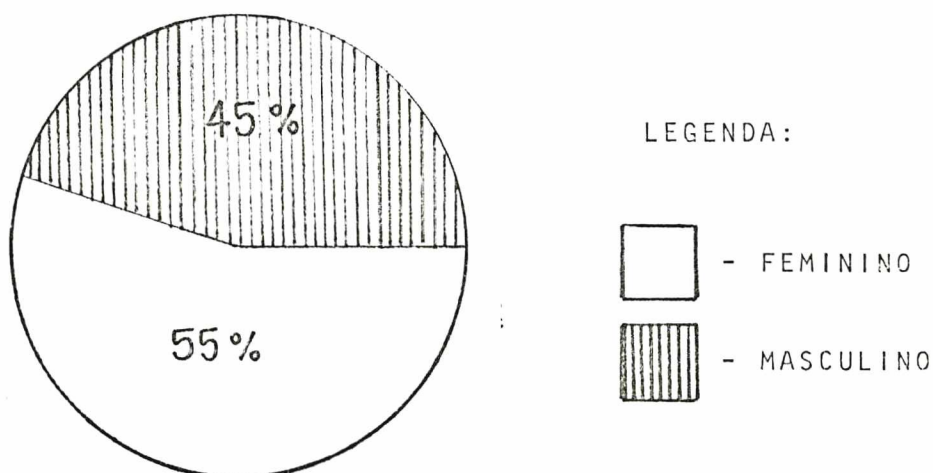


FONTE: Dados primários do Hospital São José, de Criciúma, dos autores.

Com relação ao sexo, não houve significativa diferença quanto à incidência, pois o número de meninas acometidas foi de 22 (55%), e o de meninos foi de 18 (45%), como pode ser visto no GRÁFICO III.

Outro dado levantado diz respeito ao tempo de evolução do quadro. Observando o GRÁFICO IV, nota-se que o maior número de pacientes, ou seja, 76%, procurou recurso médico até 8 dias após o início dos sintomas. É importante ressaltar que este é um dado subjetivo, visto que é obtido a partir de informações do paciente, o que permite uma variação bastante grande para o início dos sintomas. É o que ocorre nos 24% restantes dos casos, onde este tempo chega a ser superior a 30 dias em dois casos. Ressalta-se a importância do quadro clínico vigente à internação, para o diagnóstico.

GRÁFICO III: Incidência de broncopneumonia, por sexo.



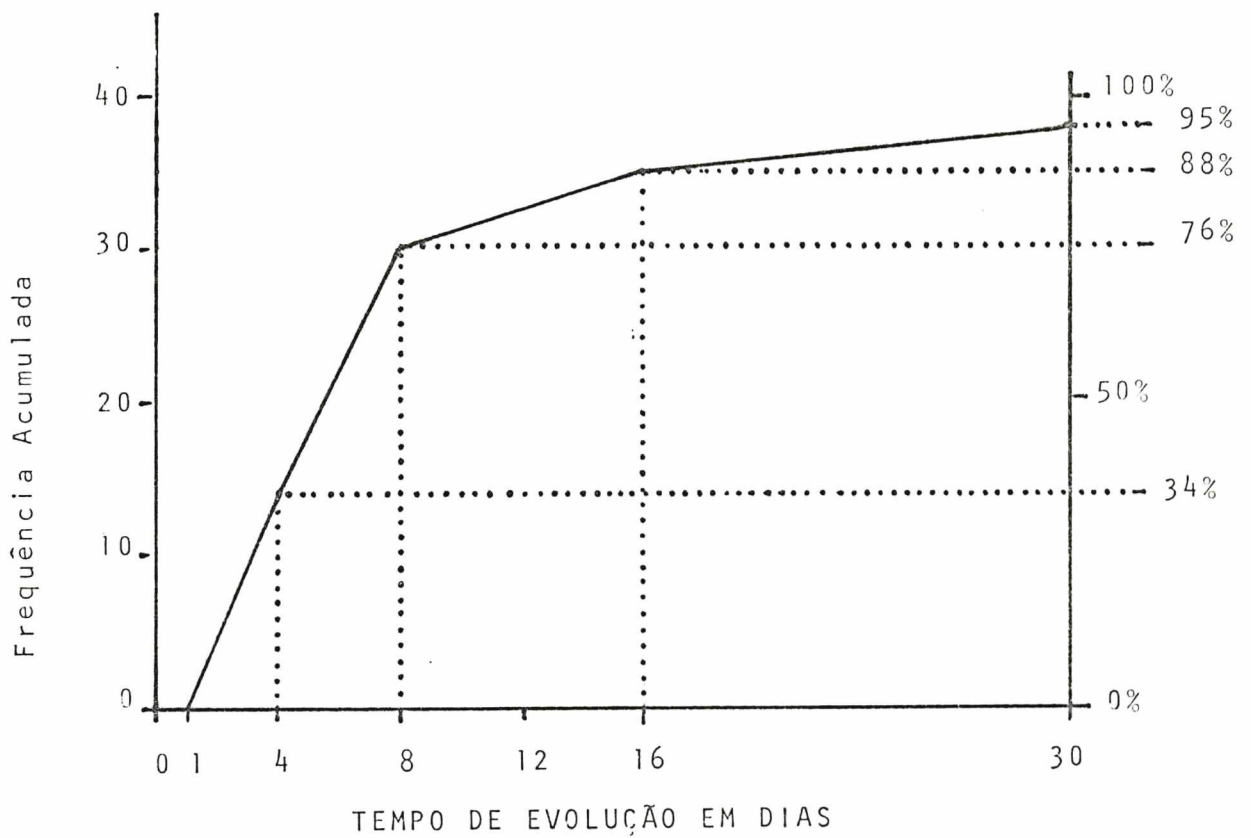
FONTE: Dados primários do Hospital São José, de Criciúma dos autores.

Quanto ao estado geral dos pacientes, à internação, constatou-se que 82,5% deles, ou seja, 33 casos, apresentavam-se tóxicos, e os restantes 7 casos, apresentavam-se em bom estado geral, como pode ser visualizado no GRÁFICO V.

Como pode ser notado no GRÁFICO VI que demonstra o estado nutricional dos pacientes à internação, a maioria dos casos, ou seja, 77,5%, incidiu em crianças eutróficas. Somente em 19 casos foi constatado algum grau de desnutrição, sendo que apenas 1 caso de IIIº grau, dois casos de IIº grau, e os restantes seis casos de desnutrição de Iº grau.

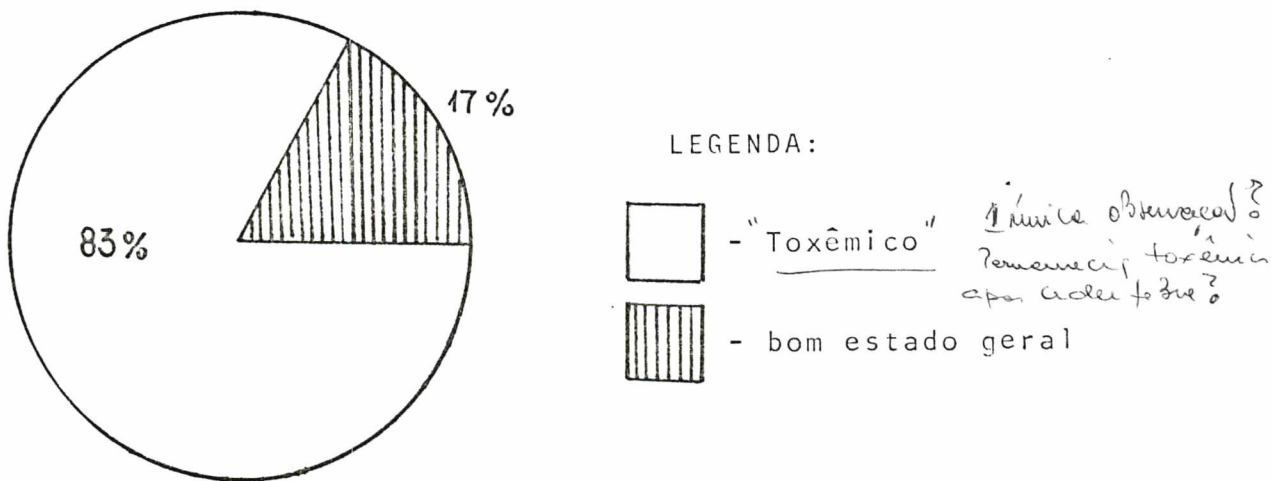
No GRÁFICO VII foram relacionadas as alterações leucocitárias observadas nos hemogramas de internação. Pode-se notar que em 13 casos (43%) houveram alterações compatíveis com processo bacteriano. Em 14 casos (47%) os valores de leucometria foram considerados normais, e em apenas 1 caso ocorreu leucocitose com linfocitose (alteração característica de processos virais). É importante notar que em 10 casos o hemograma não foi realizado.

GRÁFICO IV: Tempo de evolução do quadro, antes do início do tratamento hospitalar



FONTE: Dados primários do Hospital São José, de Criciúma, dos autores.

GRÁFICO V: Estado geral dos pacientes, à internação



FONTE: Dados primários do Hospital São José, de Criciúma, dos autores.

toxêmico mas era pelo fôlego?

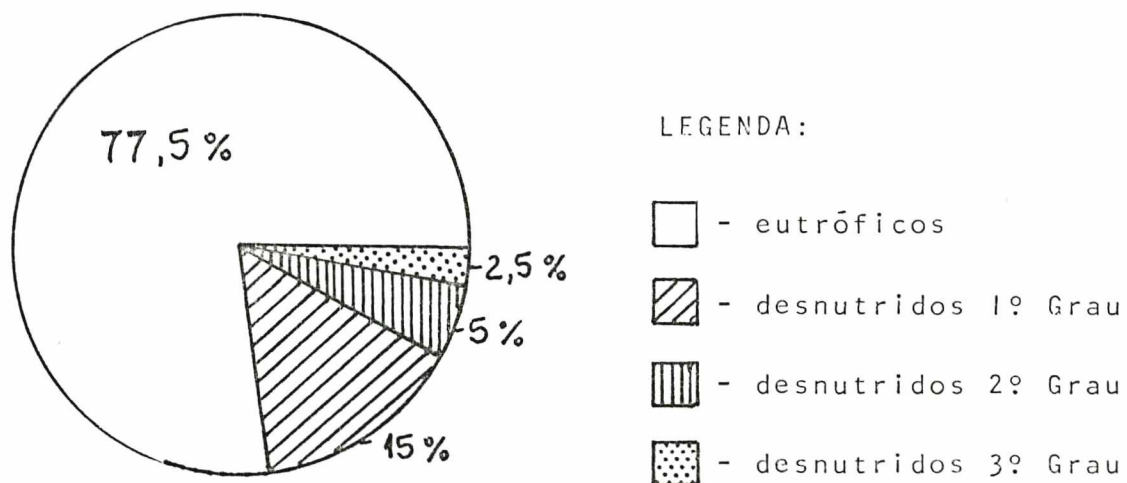
pois 83% toxêmicos -

(1) com 83% de leucócitos e sem ver a Eq.

(2) com 77,5% entesofos

(3) com 71% acentuamento em 120 pulsos.

GRÁFICO VI: Estado nutricional dos pacientes, à internação.



FONTE: Dados primários, do Hospital São José, de Criciúma, dos autores.

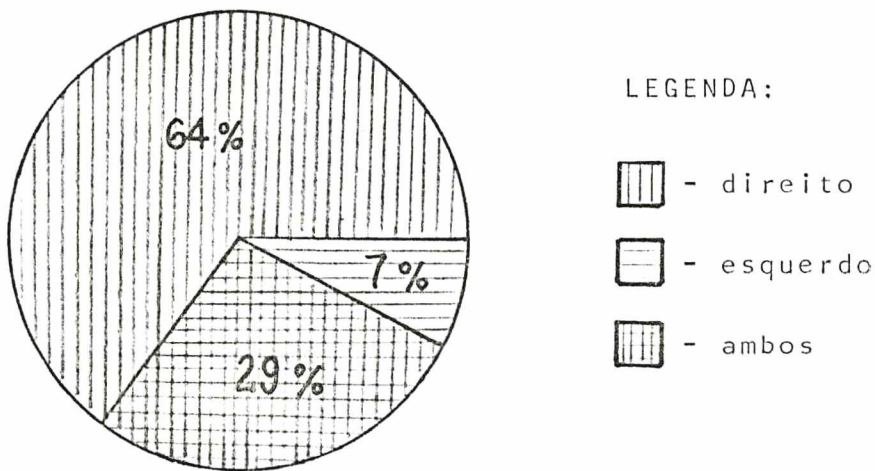
GRÁFICO VII: Alterações leucocitárias,



FONTE: Dados primários, Hospital São José de Criciúma, dos autores.

Avaliando o pulmão mais acometido nestes processos pulmonares em estudo, pode-se notar que o pulmão direito foi o mais frequentemente atingido. Sendo que em 65%, ou seja, em 26 crianças, foi atingido isoladamente; e em 27,5% (11 casos), foi atingido juntamente com o pulmão esquerdo, como pode ser visualizado no GRÁFICO VIII.

GRÁFICO VIII: Avaliação radiológica: pulmão acometido.



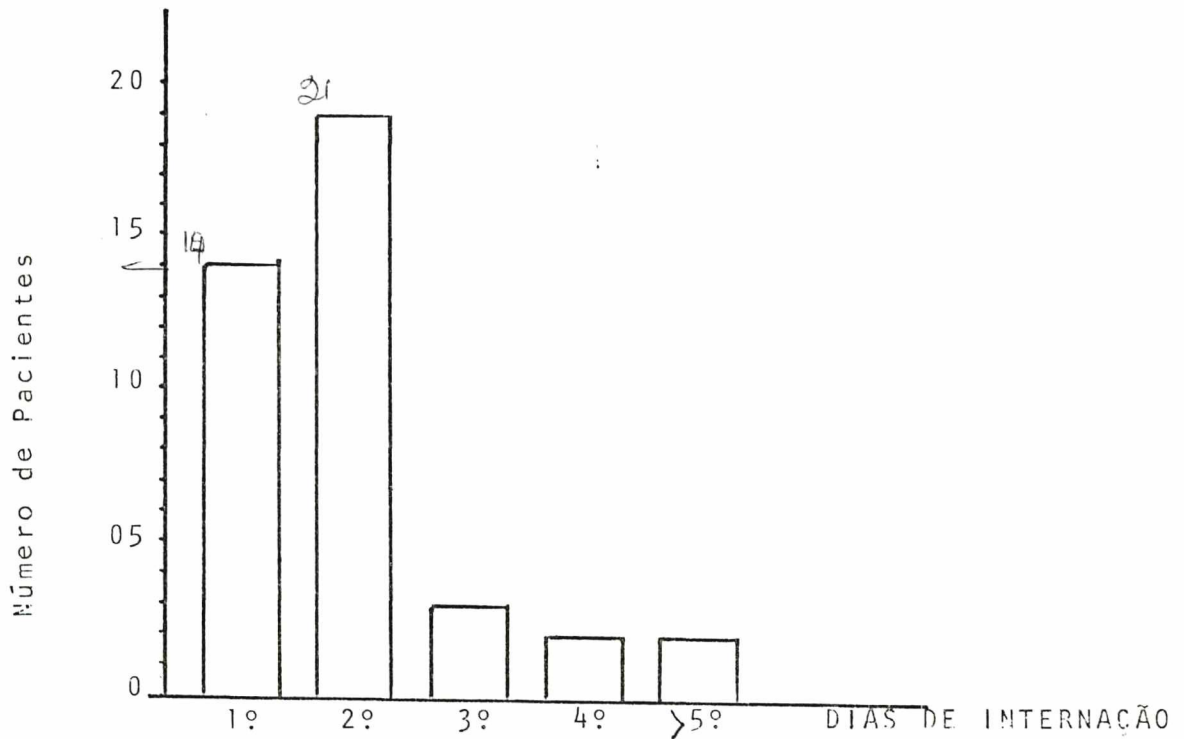
FONTE: Dados primários do Hospital São José, de Criciúma, dos autores.

No GRÁFICO IX onde se avalia a estabilização da temperatura, pode-se notar que em 35% dos casos, ou seja, em 14 pacientes, a temperatura tornou-se estável nas primeiras 24 horas após instituída a terapêutica. Em 19 crianças (47,5%), a temperatura estabilizou-se no 2º dia de tratamento. Somados os índices das primeiras 48 horas tem-se a maioria absoluta de 83% de estabilização de temperatura neste período.

Com relação à melhora do quadro clínico, observa-se que em 88% dos casos houve uma significativa melhora deste, nos primeiros 4 dias de tratamento. Em apenas 2 casos esta melhora ocor-

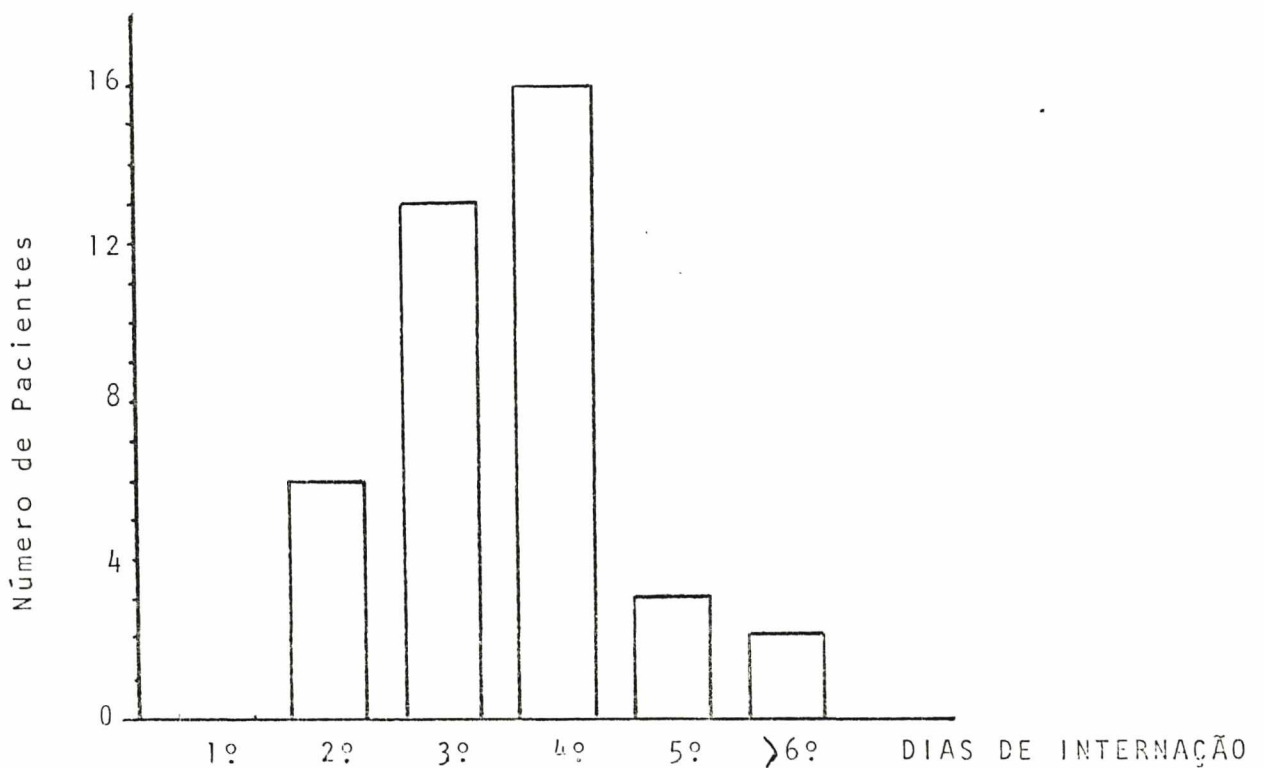
reu após o 6º dia de internação, o que pode ser observado no GRÁFICO X.

GRÁFICO IX: Tempo para a estabilização da temperatura.



FONTE: Dados primários, Hospital São José, Criciúma, dos autores.

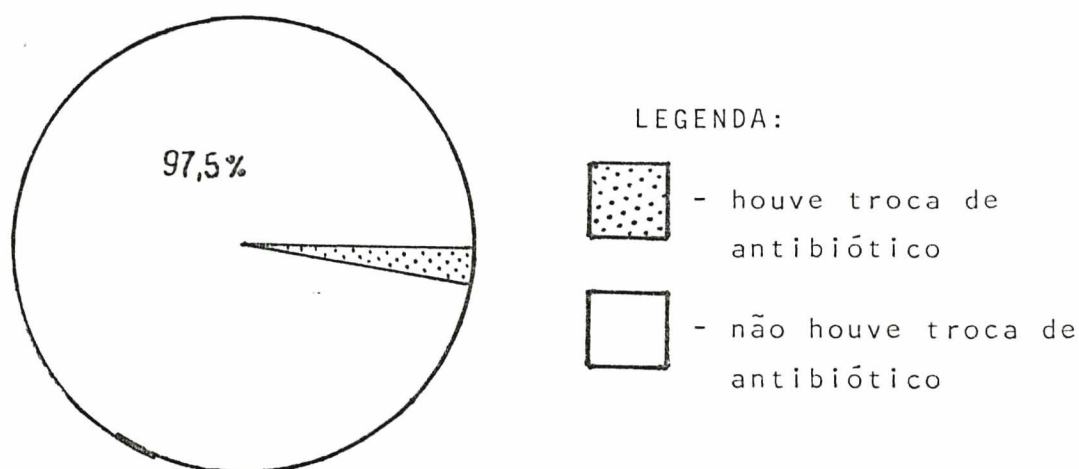
GRÁFICO X: Dia de melhora clínica acentuada.



FONTE: Dados primários, Hospital São José, Criciúma, dos autores.

Na presente casuística, que tem o intuito de analisar a necessidade ou não de troca de antibiótico de escolha, no caso a Penicilina, (confirmando ou não sua eficácia), constatou-se que em apenas um caso (2,5%) houve a necessidade desta troca. Tal dado de monstra a eficácia do tratamento instituído (GRÁFICO XI).

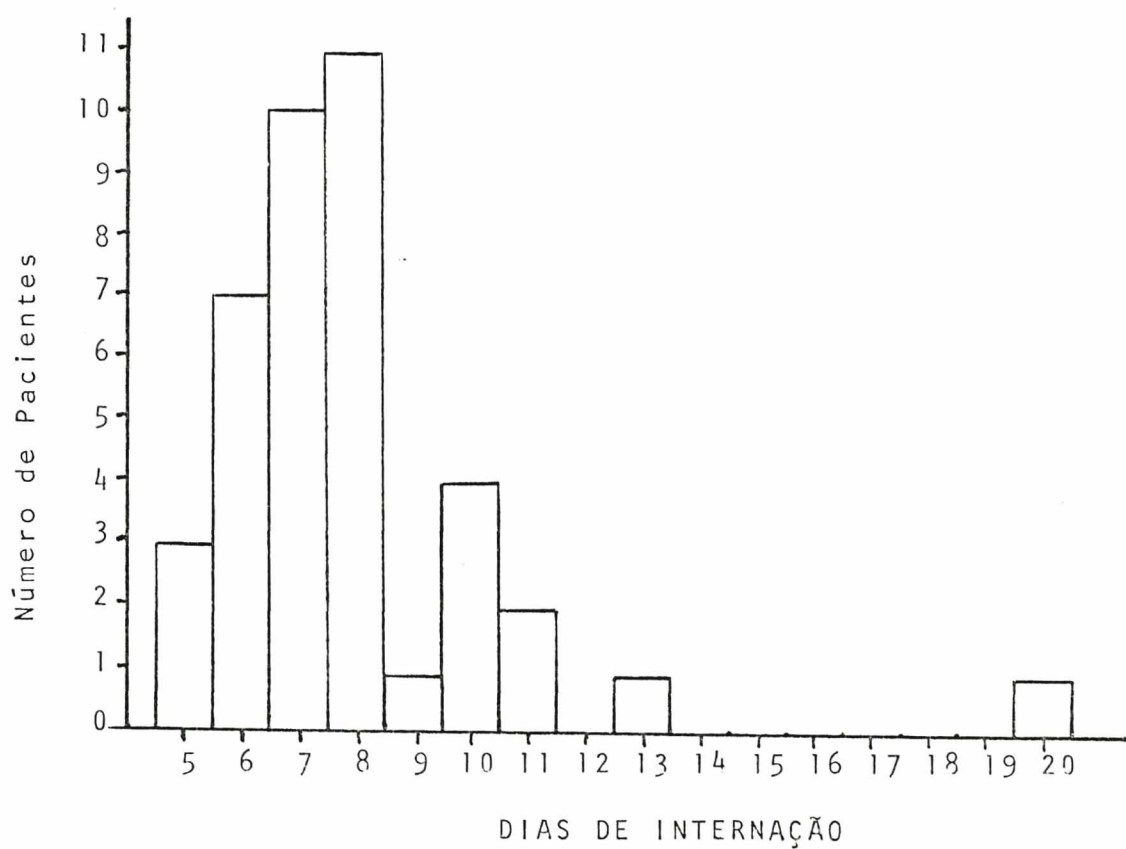
GRÁFICO XI: Necessidade de troca do antibiótico durante o tratamen
to.



FONTE: Dados primários, Hospital São José, de Criciúma, dos autores.

Dos pacientes com broncopneumonia deste estudo, o tempo de internação foi, em média, de 8 dias, com extremos em 5 e 20 dias. Sendo que a maioria absoluta (52,5%, ou seja, 21 casos), perma
neceu no referido hospital por um período de 7 ou 8 dias, como po-
de ser visto no GRÁFICO XII.

GRÁFICO XII: Tempo de internação.



FONTE: Dados primários, Hospital São José, Criciúma, dos autores.

6. COMENTÁRIOS

USO ATB em crianças internadas com infecções não bacterianas?

Pode-se admitir que tenham sido internados e tratados com antibióticos em medidas mais agressivas, crianças com quadro de broncopneumonia viral. Mas foram tidos como parâmetros decisivos para tal conduta, além da clínica sugestiva de infecção bacteriana, presente em todos os casos, as condições sócio-econômicas destas crianças. Tal fator foi considerado, seguindo orientações de literatura (5, 15, 16, 21, 23). Além destes aspectos, é sabido que o antibiótico, quando usado em processos virais, não impede que aconteça a infecção secundária, e a boa resposta obtida nesta casuística, após a instituição da terapêutica, ratifica tal indicação (15).

Por outro lado, a infecção viral é autolimitada e a infecção bacteriana também.
A faixa etária mais acometida por estes processos pneumônicos foi a dos dois primeiros anos de vida, com predomínio do primeiro. Em geral, tais processos acometem exatamente esta faixa etária (20, 21, 23).

No presente estudo, a maioria das crianças admitidas, e nas quais foi instituída a terapêutica, não foi considerada desnutrida, quando avaliadas ponderalmente, segundo dados de Marcondes. Apesar das broncopneumonias atingirem mais comumente crianças desnutridas (14, 23), há referências que citam que essas, incidindo em crianças com grau de desnutrição grave, não apresentam boa resposta ao tratamento com penicilina (2, 22).

Com relação ao sexo mais atingido nestes processos pneumônicos, os valores mostram que não há predomínio sobre um ou outro. Da mesma forma, demonstra ser um dado sem valor quanto à resposta à terapêutica com Penicilina, sendo portanto, um simples dado estatístico.

A análise do tempo de evolução do quadro clínico, nota-se que a maioria dos pacientes foram atendidos na vigência do quadro agudo da broncopneumonia, ou seja, até 8 dias após o início da sintomatologia. Este dado pode esclarecer a causa da baixa percentagem de hemogramas característicos de processos bacterianos; pois devido

ao curto tempo de infecção, o hemograma apresenta-se normal, ou pouco alterado. Na maioria dos casos, este se apresenta sem alterações específicas de um processo bacteriano que auxilie no diagnóstico etiológico, suspeitado à princípio. São dados equivalentes aos encontrados na literatura (2, 5, 6, 15, 16, 20, 13, 17, 26).

A via inalatória é a via de contaminação mais comum nestes processos pneumônicos (2, 13, 22). Sendo assim, pode-se observar que há uma maior incidência destes processos no pulmão direito (22), devido às facilidades de drenagem: o brônquio principal direito tem posição mais verticalizada, e seu calibre é maior que o do brônquio principal esquerdo.

Quanto à terapêutica instituída, este trabalho apresenta dois dados que demonstram sua eficácia. O primeiro, é a estabilização da temperatura em valores normais (abaixo de 37°C). Isso ocorreu, na maioria dos casos, nas primeiras 48 horas, sendo que ^(21 casos) em alguns casos¹¹ (35%), esta estabilização ocorreu no primeiro dia de tratamento, resultado esperado, considerando trabalhos anteriormente descritos (2, 5, 16, 21, 22). O segundo dado é a melhora do estado geral dos pacientes, que ocorreu também no tempo esperado, ou seja, após 72 horas do início do tratamento (2, 21, 22). Os pacientes foram internados, na maioria dos casos, com um quadro toxêmico, sugerindo etiologia bacteriana para tais processos. Com esta boa resposta à terapêutica, a etiologia bacteriana fica ainda mais evidenciada.

Obteve-se uma boa resposta à terapêutica com Penicilina inclusive em dois casos que ocorreram em crianças com idade inferior a três meses, onde há maior possibilidade de infecções por gram negativos (2, 13, 16, 20), onde não haveria boa resposta ao uso de penicilina.

O único caso em que houve necessidade de troca do antibiótico foi o de uma criança de 4 meses de idade. Esta foi internada segundo os padrões deste trabalho, e instituída a terapêutica, houve apenas uma discreta melhora do quadro pulmonar nos primeiros cinco dias. Seu estado geral decaiu quando associou-se ao quadro pneumônico, um quadro de gastroenterite, adquirido intra-hospitalarmente. A febre, que havia se estabilizado, voltou a subir, indicando reativação do quadro infeccioso. Neste momento, a conduta foi alterada, optando-se pelo uso de uma cefalosporina de primeira geração (Cefazolina), por 6 dias. Sem boa resposta, novamente o antibiótico foi trocado, agora por uma cefalosporina de terceira geração (Ceftriaxone), promovendo uma melhora do quadro clínico em 9 dias de tratamento.

momento em que Em média, as crianças permaneceram internadas por 8 dias, ou seja, à ausculta pulmonar não se verificava nenhuma alteração no ~~8º~~ dia, após instituída a terapêutica. Isto confirma dados obtidos anteriormente (15, 16, 21), que o tempo de internação varia de 7 à 10 dias nos casos de broncopneumonias tratados com Penicilina.

Apesar de ser encontrada na literatura uma incidência de reações alérgicas de 10% (10), ao uso de Penicilina, na presente casuística não foi observada nenhuma manifestação que demonstrasse tal reação.

2
o Não houve nenhum caso de óbito neste estudo, confirmando a eficácia do tratamento com Penicilina, neste hospital, apesar do uso indiscriminado de antibióticos, o que induz, a curto prazo, à resistência ao uso destes.

*Como avaliar a resistência a STB
em casos agudos virgens de
tratamento e ^{pegar} fora do Hospital?*
ex

7. CONCLUSÕES

- ✓ 1- Apesar do uso indiscriminado de antibióticos feito atualmente, a Penicilina ainda tem ação positiva neste hospital.
- ✓ 2- As broncopneumonias são patologias pouco frequentes no primeiro mês de vida, apesar de terem sua maior incidência no primeiro ano de vida.
Com 40 casos e 1 perigo efetivo 1950.
- ✓ 3- O hemograma é um exame que não serve como parâmetro para o diagnóstico etiológico das broncopneumonias. *(isso é óbvio) (é quase obter de mais do exame).*
- ✓ 4- Nos casos em que o agente etiológico é sensível ao antibiótico de escolha, obtém-se uma resposta clínica satisfatória nas primeiras 72 horas de tratamento.
obtem-se este resultado precoce em 33% dos casos a 48h e 60h em 18 e 24h
- ✓ 5- São raras as manifestações alérgicas ao uso de Penicilina.
Com 40 casos e 1 perigo efetivo.
- OK (6- Com o tratamento das broncopneumonias com Penicilina, e obtendo-se uma boa resposta clínica, a ausculta pulmonar permanece alterada ainda por algum tempo.
- ✓ 7- O uso de antibiótico, quando criteriosamente empregado, muda a evolução da doença.
mesmo quando se prescreve
- ✓ 8- O quadro clínico de broncopneumonia, por mais simples que pareça, deve ser encarado com seriedade, e na menor suspeita de que o tratamento domiciliar seja ineficaz a criança deve ser internada, evitando assim, complicações.
O tratamento domiciliar 1 caso não evoluiu bem por que sempre internado e pegou infecção intra-hospitalar!

8. SUMMARY

The authors make an attendance of 40 cases of bronchopneumonia that were healt with Penicilina, in paediatric's ward, of Hospital São José, Criciúma-Santa Catarina, during the time of January, 5 th to March, 26 th, 1988.

The diagnosis was stablished by clinical picture, and was confirmed by radiology study.

The following data were analysed on the study realized: age, sex, evolution during general shape, nutritive shape; temperature range, clinical improvement, haematology study, internment during, and antibiotic change or not.

On majority of the cases, that is to say, 97.5 per cent, the treatment were effective, what confirms literature's data.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASMAS, B. J. et alii. Hemophilus influenzae type b pneumonia in 43 children. J. Pediatrics. 93:389, 1978.
2. BALDACCI, E. R. et alii. Pneumonias agudas bacterianas. IN: ROZOV, Tatiana. Afeções respiratórias não específicas em pediatria. 11. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1983.
3. BERQUO, Elza S. Bioestatística.
4. CERVO, Amado Luiz. Metodologia científica para uso dos estudantes universitários. 3. ed. São Paulo, Harper & Row do Brasil Ltda, 1987.
5. COMITÊ DE DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Pneumonias agudas na infância. Suplemento do J. de Pediatria. 59(1):23-25, 1985.
6. CORPO CLÍNICO DO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO. Pneumonias. IN: __. Simpósio de Pediatria.
7. DUWE, Sérgio W. Medicamentos habitualmente usados em Pediatria. Fpolis, Divisão de Pediatria do Hospital Universitário, 1987.
8. FERREIRA, O. S. Tratamento das pneumonias agudas na criança com amoxicilina. J. de Pediatria. 44(5):291-296, 1978.
9. FONSECA, Almir L. Antibióticos. 2. ed. Rio de Janeiro, EPUME, 1984.
10. GAUDERER, M. Cecília A. et alii. Alergia à penicilina. J. de Pediatria, Rio de Janeiro, 58(6):425-426, 1985.
11. GIRARDI, Zélia et alii. Textos básicos de metodologia científica.

Fpolis, Dpto. de Filosofia - CCH - UFSC, 1979.

12. GOMES, Clovis E. T. Pneumonias e broncopneumonias. IN: PRADO, F. C. et alii. Atualização terapêutica. 14. ed. São Paulo, Artes Médicas, 1988. p. 875-876.
13. GRANZOTTI, J. A. et alii. Pneumonias. J. de Pediatria. 44(4): 239-243, abril, 1978.
14. LIMA, Geraldo S. P. et alii. Aspectos médicos, sociais e nutricionais das pneumonias de repetição. J. de Pediatria, Rio de Janeiro, 52(6):449-450, 1982.
15. LONG, Sarah S. Tratamento da Pneumonia aguda em lactentes e crianças. IN:__. Clínicas pediátricas da América do norte. Rio de Janeiro, Interamericana, 1983. 2:319-343.
16. MARCONDES, Eduardo et alii. Pediatria básica. 7. ed. São Paulo, SARVIER, 1985.
17. MURAHOVSKI, Jayme. Emergências em pediatria. 4. ed. São Paulo, SARVIER, 1984.
18. PEREIRA, E. A. S. Antibióticos nas infecções respiratórias na infância. Clínica Pediátrica. 5 (6):6-11, out/nov/dez.
19. PERNETTA, Cesar. Pneumonias no recém nascido. IN:__. Diagnóstico diferencial em pediatria. 3. ed. São Paulo, SARVIER, 1985. p. 226-227.
20. PETTERSEN, Alcemir G. & SIMÕES, Mário A. S. Pneumonias na infância: contribuição ao tratamento antimicrobiano. J. de Pediatria, Rio de Janeiro, 49 (5-6): 559-560, 1980.
21. RIBEIRO, Theotônio V. M. Pneumonias agudas na infância: classificação e tratamento. Clínica Pediátrica, São Paulo, 2: 24-29, 1977.
22. ROZOV, Tatiana. Doenças pulmonares em pediatria. São Paulo, HARPER & ROW do Brasil Ltda, 1987.
23. SANT'ANA, C. C. et alii. Pneumonias bacterianas. Clínica Pediátrica. Edição especial de inverno. Rio de Janeiro, maio, 1985. p. 98-104.

24. SCHMIDT, B. J. Valores normais de laboratório clínico em pediatria. Clínica Pediátrica. Rio de Janeiro, 1 (11): 4-15, agosto. 1977.
25. VAGHAN, R. J. M. K. & BEHRMAN, R. E. Nelson: tratado de pediatria. 11. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1983.
26. ZAGANELLI, Carlos L. Alterações hematológicas em pneumonias na infância. J. de Pediatria, Rio de Janeiro, 5 (4-6): 386-388. 1983.

**TCC
UFSC
PE
0018**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC PE 0018

Autor: Pozzobon, Moacir

Título: Estudo de 40 casos de broncopneu



972814359

Ac. 253668

Ex 1 UFSC BSCCSM